

Strasser, Georgina

La eficacia terapéutica y la valoración de los terapeutas desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico

VIII Jornadas de Sociología de la UNLP

3 al 5 de diciembre de 2014

Cita sugerida:

Strasser, G. (2014). La eficacia terapéutica y la valoración de los terapeutas desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, 3 al 5 de diciembre de 2014, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4483/ev.4483.pdf

Documento disponible para su consulta y descarga en **Memoria Académica**, repositorio institucional de la **Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)** de la **Universidad Nacional de La Plata**. Gestionado por **Bibhuma**, biblioteca de la FaHCE.

Para más información consulte los sitios:

<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar>

<http://www.bibhuma.fahce.unlp.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia 2.5 de Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 2.5

La eficacia terapéutica y la valoración de los terapeutas desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico

Dra. Georgina Strasser, docente en Antropología Cultural y Social, FaPsi, UNLP.
carolottoberlin@yahoo.com.ar

Introducción

Lo que domina en las sociedades actuales es lo que se conoce como pluralismo médico donde diversas formas de atención, en tanto actividades que buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar padecimientos coexisten de manera antagónica pero a la vez complementaria y son producto de las condiciones religiosas, étnicas, económico-políticas, técnicas y científicas de cada contexto (Menéndez, 2004; 2005). Los sujetos, superando la supuesta o real incompatibilidad que puede existir entre las diferentes formas de atención, se vinculan a éstas buscando soluciones pragmáticas a sus problemas de salud (Menéndez, 2004; 2005), realizando elecciones terapéuticas orientados por un diagnóstico presuntivo pero también limitados por factores como la accesibilidad física y económica a los diferentes servicios de atención presentes en su contexto de vida. Se acude a las consultas con un diagnóstico provisional y portando expectativas de los resultados del tratamiento basadas en conocimientos previos, la medida en que éstas son cumplidas influirá en el grado de conformidad con las acciones y prescripciones terapéuticas, en las apreciaciones de eficacia y de la necesidad de realizar consultas a otros curadores, de buscar otras respuestas terapéuticas y/o redefinir el diagnóstico. Las perspectivas del paciente y del curador en torno a la eficacia pueden ser marcadamente distintas o similares, pero interactúan influyéndose recíprocamente, siendo los parámetros con los que se evalúe la eficacia o el fracaso terapéutico relativos a cada sistema médico, por lo que una conceptualización “fluida” de eficacia se torna ineludible a la hora de entender situaciones de pluralismo médico (Waldram, 2000). Así, la eficacia ha sido definida como “la habilidad de afectar intencionalmente el mundo real de una manera observable, de ocasionar el tipo de resultados que los actores prevén que tendrán lugar” (Young, 1976: 7), “la capacidad percibida de una práctica determinada para afectar la enfermedad de una manera deseable” (Young, 1983: 1208)” (Waldram, 2000: 606, traducción personal). Consecuentemente, este autor sugiere que la investigación en antropología médica debe explorar y comprender cómo la eficacia es entendida desde el mismo sistema médico particular y no empleando conceptos y métodos biomédicos que buscan un aparente

paralelismo entre los distintos sistemas médicos (Waldram, 2000: 619). Así mismo, Csordas (1994) ha señalado como limitación en los análisis sobre eficacia terapéutica, el hecho de que se realicen focalizando en las prácticas y saberes de los curadores restándole atención a la experiencia del paciente, quien es quien sufre las transformaciones y cambios que permiten hablar de eficacia o fracaso de la cura.

En este trabajo se analiza cómo fundamentan sus conclusiones de eficacia o fracaso los sujetos que buscan solucionar y entender sus padecimientos; cómo explican la eficacia y cómo valoran a los distintos terapeutas. Se trabaja con información construida en entrevistas, observaciones y diálogos compartidos en sucesivos trabajos de campo (2004-2009) con habitantes de Azampay, una localidad rural en el oeste de la provincia de Catamarca, a 50 km de la ciudad de Belén¹. En Azampay se observa un uso combinado de los diferentes espacios de atención para la salud: el ámbito doméstico con sus respuestas caseras, la atención de curanderos dentro o fuera de la localidad, los servicios médicos locales (la localidad cuenta con una Posta Sanitaria donde atienden dos enfermeros y periódicamente el médico de zona) y los de las ciudades de Belén y Catamarca (públicos o privados). La elección del servicio de atención, si bien se ve influida por los factores materiales que configuran su accesibilidad (distancias, posibilidades de traslado, costo monetario, obstáculos burocráticos), depende también de cómo es identificada la enfermedad (su causalidad, las formas de enfrentarla aprendidas en anteriores experiencias personales o transmitidas por otros individuos) y de cómo se evalúe el accionar y competencia de los distintos curadores y la eficacia de sus terapéuticas. Aunque a menudo los factores identificados en la etiología de la enfermedad orientan la respuesta buscada, se advirtió que la relación entre explicación causal y recursos terapéuticos no es lineal, es decir, las identificaciones etiológicas no determinan directamente el tipo de atención terapéutica.

Sobre la eficacia de las terapéuticas biomédicas

Cuando se refieren a los tratamientos biomédicos (y también a la ingesta de pastillas o jarabes prescritos por curanderos o autoadministrados), la eficacia o el fracaso de los mismos en la mayoría de los casos no son explicados sino que son confirmados a partir de la asociación temporal entre su ingesta y la posterior percepción (o no) de cambios sintomáticos

¹ Investigación realizada en el marco de mi tesis doctoral “Prácticas y representaciones en torno a los procesos de salud-enfermedad en la población de Azampay”, con el apoyo de la Beca de Iniciación de la UNLP, y de las becas doctorales de Conicet.

y si éstos son positivos o negativos, a veces reforzado con experiencias previas con el mismo remedio o con la aseveración de que una medicación dada “es para” tal órgano o malestar. Los remedios (pastillas, antibióticos, inyecciones, pomadas, vitaminas) solucionan o no, “lo tomo y ando bien”, “con eso estoy mejor”, “queda bien”, “lo ha curado bien”, “con eso se ha compuesto” o “no me hacen nada”, “no sentía curación”.

*L: dicen que es muy bueno, no? [...] porque mi abuelita, para los dolores de rodilla ella se toma una pastilla de ibuprofeno y anda como una joven [...] la Buscapina fem son para el hígado [...] me las receta también la señora de Corral [curandera] ella me recetó porque tengo mucho dolor de ovarios más que todo cuando ando indispueta, **dice que es muy buena esa pastilla** [...] dice que es analgésico algo, no sé cómo sabrá ser el nombre y antiaspasmódico, no sé, **yo tomé eso y con eso anduve bien** (mujer, 22 años).*

La aplicación de suero en casos de internación es identificada como el componente principal de la terapéutica ya que se reconoce que en el suero se administran los medicamentos pero también por su asociación con la idea de lavaje: el “suero con antibióticos” “limpia la inflamación”, lo que se considera eficaz en casos de infección o de dolor de rodillas dado que estos se explican por un líquido que “se junta” o “desparrama”. La explicación de la acción terapéutica se exploya un poco más cuando se trata de tratamientos de heridas o en casos de intervenciones quirúrgicas: se lava, limpia, raspa, quema, despega, corta, liga, drena, vacía, expresiones frecuentemente acompañadas por apreciaciones de peligrosidad y agresividad del tratamiento fundamentadas en la observación de resultados no deseados. Prima la percepción de una potencial iatrogenia aunque en algunos casos también se reconozca la eficacia de tales intervenciones (cuando el resultado es positivo y cuando, dado las particularidades del malestar, tales respuestas terapéuticas se consideran ineludibles).

*G: Vea yo ahí tenía una úlcera de pie, lastimado [...] cuando apenas va inmediatamente, **te ponen el suero pero sin vitaminas, y de ahí seguía del pie y seguía y seguía, como dos meses y hemos ido para el otro hospital** [primero fue al público luego al sanatorio] **me han hecho sufrir**, estaba de llorar porque me agarraban de lastimado y me daban con una tijera y con el algodón, una gasa, la envolvían a la pierna, me limpiaban, me curaban, **qué, me hacían correr la sangre por la pata! Y he estado 15 días y no me han hecho nada, nada**, y ahí me dice el doctor “ya estás churo, te voy a dar de alta” y bueno si me quiero ir con mi doctor, y ahí he vuelto al sanatorio [...] **seguía mal y bueno, después los médicos me han sanado y ahí me curé** [...] **me limpiaban con la pomadita** (varón, 78 años).*

En este fragmento se observa cómo el paciente acude con ciertas expectativas sobre la terapéutica (su duración y que en el suero se incluyan medicamentos o vitaminas), cuando ésta se prolonga sin observarse resultados positivos decide cambiar de terapeuta y de centro

de atención. Aquí se evidencia también cómo difieren las apreciaciones de eficacia entre el médico que le da el alta y el paciente que percibe que su herida no ha sanado, lo que repercute en las valoraciones de los distintos centros y de los distintos profesionales.

Al igual que en el caso de las intervenciones quirúrgicas, la ingesta de remedios puede ocasionar cambios negativos empeorando el estado del enfermo con nuevos síntomas ya no causados por la enfermedad sino atribuidos al medicamento (sea por su mala calidad, porque corresponden a un tratamiento equivocado o por alergia o debilidad frente al mismo).

*M: [el médico de la posta] siempre me da las pastillas para alimento, pastillas esas de hierro, pero usted sabe que **es como que me cayeran mal esas, me hacen doler la cabeza, sabrá ser que soy débil tal vez yo [...]** me hacen doler la cabeza, entero el cuerpo, será mucha la debilidad así que la he tomado y la he dejado, he tomado unita, ya me ha dado dolor de cabeza, no voy a tomar, digo, porque **a mí el doctor de Catamarca me ha recetado otras pastillas para alimento, esas me sentaban muy bien** (mujer, 56 años).*

*J: no, me fui a Belén, fui a la ciudad [Catamarca] y con antibióticos, antibióticos, **para colmo ahora al último ya me hacen alergia** y me sale que soy alérgica a la penicilina así que estoy tomando un mínimo de antibiótico, el más simple [...] porque **me he empezado a enronchar toda, un picazón terrible que me ha agarrado**, una desesperación que me agarra, me quería lastimar, y el médico me hizo análisis, me dice “no, sos alérgica a la penicilina, a los antibióticos, así que te voy a dar lo más simple” y bueno, pero lo más simple me agarra, lo tomo y al tercer día se me... en el cuerpo [...] me dice “bueno, veremos de otra cosa” pero **no sabe qué darme porque es lo más simple**, y bueno yo me la aguanto pero él me dice “no, porque por ahí te levanta la presión y en un rato” [...] **por ahí me va a agarrar como un paro** [...] después, fui [a un curandero] como a los 5 o 6 meses recién fui porque **ya no me hacían nada los remedios, ya no me hacían nada, no sentía efecto, curación, y bueno, ya me empecé a desesperar** [...] porque digo, dios mío **esto es ya de terminar y me da la impaciencia** de que tenía que estar sentada con los pies para arriba o en cama con los pies para arriba y cada dos por tres ya tenía que estar con el suero [...] es una infección que la sangre de las venas sale, que se desparrama, dicen que llega hasta podrir! claro... más lo que me fui a enfermar, porque fui al médico este, fui a un flebólogo! Fui, e iban unos con así unos agujeros en las piernas, eran como la casa de hormigas! Y de adentro le salía de a poquito la sangre así pero seca! **Y digo no! yo no vuelvo más, y me empecé a hacer remedios caseros** [...] y aquí un hombrecito de La Estancia me daba que me ponga el cuajo con el que forman el queso y el suero y después que haga hervir un monte [...] y **él me está componiendo más** [...] **como un refrescante, que me saca el calor, le saca el vapor**, por ejemplo todo ésto [señala el suelo que está baldeando] yo estoy alzando para ahí, ha visto? Y eso me pone primero rojo, después se pone como verde, después se pone morado, negro, y voy en la casa y me pongo eso*

*y a la hoja del lampazo, una hoja grande, verde [...] y esa me la pongo pero sale seca [...] como si le habrá hecho fuego! [...] y bueno **con todos los remedios caseros se me fue yendo, gracias a dios** (mujer, 43 años).*

En el primer fragmento la entrevistada compara los efectos de las pastillas dadas por distintos profesionales (el médico de zona y uno que la atiende en Catamarca) y en función de dicha comparación establece la eficacia de una y el fracaso de la otra sumado a sus efectos adversos. Esto la motiva a interrumpir el tratamiento y contribuye a la actitud de desconfianza hacia las respuestas dadas desde la posta sanitaria. En el segundo fragmento el fracaso atribuido a los remedios dados por el clínico lleva a la paciente a buscar atención con un curandero, sin que ello implique un cambio en el diagnóstico pero sí en la respuesta terapéutica. En este ejemplo se puede observar cómo la eficacia (ausente) se evalúa en relación al tiempo transcurrido sin que se perciba una mejoría, sumado a resultados contraproducentes del remedio (alergia y riesgo cardíaco), a la observación del estado de gravedad de numerosos pacientes que acudían al mismo médico (de lo que la entrevistada dedujo escasos éxitos terapéuticos) y a la comparación con los cambios positivos resultantes de lo recetado por el curandero. En el fragmento siguiente el fracaso terapéutico de la biomedicina se explica por una inadecuación de sus recursos frente a enfermedades “para curanderos”, por lo que el cambio de terapeuta conlleva una redefinición del diagnóstico.

C: y ella los medicamentos que le daba el doctor no quería tomar

*E: **ella dice que peor se sentía***

Antropóloga: y por qué esos remedios le hacían mal?

*E: y **porque ha sido alguna enfermedad que no es para los doctores, ella decía que las pastillas que le daban le daban ganas de caminar, de caminar y caminar le agarraba así un desasosiego y le dolía el estómago y cuando se hizo ver con este otro ya** [con un curandero]*

*C: y **ése la está curando de aire, que tiene mucho aire***

*E: [...] él le da té de montes, yuyitos [...] la ha curado 3 veces [...] y ya ha dejado después **ya empezó a sentirse bien** (mujeres, E: 80 años; C: 57 años).*

En unos casos la expectativa de sufrir nuevos malestares a partir de la aplicación o ingesta de medicamentos fue mencionada como parte constitutiva del proceso de cura. Fue cuando se refirieron a casos de cáncer o tumor que debían ser tratados con “drogas” que “sequen” y “corten” el mal. La palabra “droga” es empleada resaltando el carácter fuerte del medicamento y su potencial iatrogenia. La fuerza de las drogas para “quemar” el mal ocasiona también daños, debilidad, caída de pelo, pero a su vez se reconoce en este estado general de empeoramiento un indicador de que la droga está haciendo efecto, es decir, ciertos malestares que surgen en el contexto del tratamiento son interpretados como indicios del proceso de cura

(esto también fue referido en un caso que no se trataba de cáncer). Esta idea de empeoramiento sintomático como señal del proceso de cura constituye un principio interpretativo que hace inteligible las experiencias de terceros y las advertencias del médico (de lo que desde la biomedicina se consideran efectos secundarios) orientando la manera en que esta información influirá en las expectativas del proceso terapéutico, en cuáles serán las reacciones esperables a lo largo del mismo.

*J: [...] era una cosa como que me sedaban, y después me despertaba, y me despertaba mareada, con dolor de cabeza, y por eso me empezó a dar miedo, por ahí solía ser que era la siesta y me levantaba con un dolor de cabeza, nunca me sabía dar dolor de cabeza, **pero yo digo deben ser que los remedios me están moviendo, moviendo el mal, porque cuando usted empieza a tomar es como que le hacen peor [...]** y después recién le empieza a mejorar (mujer, 42 años).*

Dado que la eficacia de las terapéuticas biomédicas es atribuida (con la salvedad hecha respecto a las intervenciones quirúrgicas) al accionar de los medicamentos a partir de percibir una disminución o cese de los síntomas, y puesto que el fracaso de las mismas se adjudica a efectos adversos de los medicamentos o a una aplicación errada de los mismos, el mérito otorgado a los terapeutas reside en su esmero en el diagnóstico (si los revisó o no y si les hizo “hacer estudios”: análisis, diagnóstico por imágenes). Ante la ausencia de mejoría durante el tratamiento, la poca dedicación puesta para diagnosticar aumentará las sospechas de un error en la medicación y será enunciada para explicar el fracaso terapéutico percibido y la decisión de cambiar de terapeuta.

R: poco le lleva el apunte a la gente, ellos nada más van y lo miran y dicen esto tiene nomás

N: no es como en otros lados, en Catamarca para curar le hace primeramente todos los estudios y recién ahí le van a comenzar a dar la medicación, pero aquí no, aquí lo ha mirado y dice, pero no le hace ningún estudio, nada! Por eso aquí no curan, en vez de curarlo para que sane lo enferman para peor (mujeres, N: 69; R: 58 años).

R: no volví para ahí [la posta] [...] fui para Belén [...] yo siempre la llevo a ella que se resfriaba, pero no... estudios no, le daba remedios pero se le pasaba andaba unos días y ya le volvía otra vez y la volvía a llevar al médico [...] en el mismo hospital [de la ciudad de Catamarca] la han internado ahí, le han empezado a hacer los estudios y ya salió que tenía neumonía, ahí te lo hacen en un momento le hacen todos los estudios no es lo mismo que en Belén, y ahí estuve 15 días con ella me la han curado bien, antibióticos, por el suero le ponen todo (mujer, 23 años).

Evaluaciones y apreciaciones sobre los médicos y su relación con el paciente: “era un doctor que tiene voluntad, el doctor tiene que ser como nosotros, conversador, éste es un respingón, dice ‘andáte nomás’”

Los azampeños evalúan la atención médica a partir de establecer comparaciones entre los distintos centros de atención biomédica (posta, hospital de Belén, sanatorios de la misma ciudad, hospital y sanatorios de la ciudad de Catamarca) y entre los distintos terapeutas. En ambos casos el criterio central de distinción es la obtención de un diagnóstico acertado y la correspondiente terapéutica eficaz. Las diferencias de éxitos y fracasos en estas dos fases del proceso terapéutico se explican en el primer caso por la desigual disponibilidad material para la realización de estudios e intervenciones quirúrgicas y de especialistas en los distintos espacios de atención, estableciéndose a partir de ello una jerarquización de los mismos. Pero así como un diagnóstico asignado sin la realización previa de análisis o estudios es motivo de desconfianza (que en ocasiones conduce a desoír el tratamiento prescripto), lo es también la falta de escucha por parte del médico de los síntomas que el enfermo desea transmitir y la escasa inspección corporal. Son motivo de queja y de apreciación desfavorable sobre el médico su desinterés por las percepciones que el paciente desea comunicar así como la carencia de explicaciones que éste ansía oír del profesional. Las críticas realizadas respecto a la instancia de la consulta médica no refirieron a desencuentros lingüísticos² que dificultaran la comunicación sino a la voluntad y predisposición del profesional, merced a lo cual a veces hasta la consulta misma se halla sujeta.

*P: no, no, no, este es así muy, no es un médico que , por ejemplo usted lo lleva al chico **ni lo revisa, ni lo toca nada, no, por ejemplo usted va y le dice “mire doctor, me duele aquí”, no***

2 La capacidad de expresar y transmitir las sensaciones de malestar (“competencia médica”), al ser considerada sólo como el cuerpo de vocablos biomédicos obtenidos a partir de una “educación sanitaria” (“taxonomías mórbidas y sintomáticas” que se deben “memorizar”) (Boltanski, 1975) es caracterizada en los sectores populares en términos de escasez o pobreza de vocabulario pues se ignoran otros recursos lingüísticos (términos del sentido común, empleo de metáforas, analogías, etc.) cuya profusión en las descripciones de las experiencias de malestar dan muestra de que tampoco se puede hablar de pobreza de percepción. Como advierte Fitzpatrick, con frecuencia se ha hecho hincapié en el “abismo” entre conceptos ordinarios y médicos, lo que quizá contribuya a autoperpetuar el estereotipo del paciente con poca o ninguna capacidad para comprender el lenguaje médico (los médicos, dando por sentado que el paciente está mal informado, evitan ampliar el análisis en la consulta). Si bien, incluso cuando se emplean términos idénticos no debe inferirse que se trata del mismo referente en los dos sistemas, la idea de un abismo cultural entre modos profesionales y ordinarios de pensamiento puede ser exagerada si se tiene en cuenta que la práctica clínica difiere bastante de la medicina consagrada en los libros de texto. “La práctica de la medicina general puede estar influida más directamente por conceptos ordinarios o populares y puede ser vista como un sistema de pensamiento situado a la mitad del camino entre la medicina de hospital y las ideas ordinarias” (Fitzpatrick, 1990: 33). Como se verá posteriormente, en las críticas realizadas respecto a la atención médica los sujetos no aluden a desencuentros lingüísticos.

él la mira nomás y le hace la indicación de los remedios y le da los remedios [...] y dicen que es el doctor de zona nomás [...] hasta que por ahí lo cambien porque por ahí lo van a cambiar, si andan un tiempo y ya los llevan para otro lado, por ejemplo al doctor X [anterior médico de zona] lo han trasladado para el norte, ya por la antigüedad que tenía [...] él los revisaba, pero los revisaba de bien [...] uno le explicaba las cosas, por ejemplo, él nos preguntaba qué ha tenido, si cómo han empezado, por ejemplo cuando tenían vómitos así, él decía de cómo le había empezado, de cómo había sido cuando ha vomitado por primera vez, qué ha vomitado, cómo ha vomitado, y uno le explicaba (mujer, 43 años).

L: es de carácter fuerte, así no da mucho, yo fui con él [su bebé] y no me ha atendido, y según ella me dice que ya no tenía número, que ya estaba por irse, iba por él, a control de él, y me dice que no, que la próxima, bueno la próxima, en abril ya va a venir, me ha quedado un mes sin control [...] lo pesan, lo miden y le miran las piernitas, a ver si se sienta, cuántos minutos permanece sentado

Antropóloga: y a ella no le importó que quedara sin controlar?

L: no, yo le dije y dice que estaba ocupada... media hora lo que tarda! (mujer, 23 años).

R: me ha atendido una doctora buenita, de él me ha atendido una doctora mala, decimos que es mala con todos [...] a mí me ha tenido paciencia pero dicen que había ocurrido con varios que ha dejado que se mueran los bebés, de él sabía ya porque todos decían que esa doctora es muy, que no te llevaba atención o qué se yo, deja que se pase la hora [...] yo quería que me atendiera la doctora que me atendía a mí, que me hizo el control pero no, era una que trabajaba con ella [...] ella meta cantar y me decía “fuerza, fuerza”, esa tarde estaba hasta las 10 de la noche y ya salía ella, así que pasaba cantando y ya ni, no sé me ha ayudado lo que, parecía que estaba en la casa, de ahí, cuando tocan así doctores ya así... a parte yo soy muy nerviosa y cuando me ponen el suero yo no recibo el suero (mujer, 24 años).

Los médicos entrevistados tampoco mencionaron barreras lingüísticas que dificultaran el desarrollo de las consultas, pero sí refirieron que la presencia o ausencia de una inclinación afectiva hacia el profesional por parte del paciente era un factor que influía en la decisión de recurrir a sus servicios.

Antropóloga: y el diálogo con ellos?

D: es muy fluido, muy fluido, es más, ellos vienen y el médico es como el cura, o sea, al médico ellos le cuentan todo [...] por ahí los jóvenes porque son más pudorosos, más vergonzosos, la madre lo trae y “contátele!” y si no cuenta ya larga a contar la madre y ya más el chico se anima y eso, pero no hay problema con el diálogo (médico pediatra del sanatorio.)

D: hay algunas personas con las que uno hace cierta empatía que sí, que vuelven, pero por ejemplo tengo una embarazada que no sé si no lo gustó el diagnóstico o qué la última vez que la vi porque no volvió más, la chica esta... que yo le dije que tenía una toxoplasmosis que

tenía que tomar una medicación [...] **no sé si no le gustó a ella el diagnóstico o le parece que yo estoy errada, pero no volvió más** [...] por estos lugares se da bastante es que la gente concurra a la consulta **si la persona que viene a atenderlos les cae bien, eso es normal** (médica de zona).

A la desconfianza generada en la falta de explicaciones del profesional se le suma la incertidumbre ante resultados no deseados, ineffectividad de tratamientos, percepción de negligencias que se confirman en la comparación con la atención recibida de otros terapeutas (biomédicos, enfermeros, curanderos), con el saber de experiencias previas y con los conocimientos compartidos entre familiares y amigos.

*R: **serán médicos pero a veces no avisan lo que...** ya hace mucho que está enfermo, ya va a hacer 2 meses que se le ha empezado a hinchar un brazo, lo han llevado al médico dice que lo han... y lo han seguido **estudiando y estudiando y no le podían hallar de qué le ha venido y lo tienen así** y después que le han encontrado que tiene un tumor en el hígado (P79, mujer, 65 años).*

*G: y he estado 15 días y **no me han hecho nada, nada**, y ahí me dice el doctor “ya estás churo, te voy a dar de alta” y bueno sí, **me quiero ir con mi doctor, y ahí he vuelto al sanatorio** (varón, 78 años).*

*P: a pesar de que yo le había dicho a la doctora que me diera vitaminas, me ha dicho que no le hacía falta, yo digo, como niño especial puede ser que le haga falta la vitamina, pero ella me ha dicho que no, así que nunca me ha dado vitaminas, el doctor M [de Belén] **sí me ha dado vitaminas**, una vez me ha dado el Polper B12 [...] **todos los días antes de comer, una hora antes de comer me decía el doctor***

Antropóloga: No te dijo ella por qué no te da vitaminas?

P: no... no me dijo nada

Antropóloga: y vos por qué creés que puede necesitar vitaminas?

*P: y bueno, como es un niño especial y es más delgadito que los otros digo yo que **puede necesitar vitaminas** como para que se endurezca un poco más, tenga un poco más de firmeza, digo yo, yo a mi prima que es enfermera también le he comentado lo mismo y ella **me decía lo mismo** [...] ella me decía “sí, puede ser, para que pueda tener un poco más de firmeza, un poco más de defensa cuando le den las gripes, para que esté un poquito más fuerte” y bueno pero los doctores no... **el doctor M le ha dado ese Polper y el doctor S** [anterior médico de zona] **también le sabía recetar vitaminas pero esta doctora nunca me ha recetado** (mujer, 45 años).*

Independientemente de las críticas al quehacer médico, varios entrevistados se definieron a sí mismos como “opuesto a los médicos”, “arisca para los médicos”, que no les gusta ir al médico, “ser en contra del doctor”, “no llevarse” con el doctor. Ante mis

indagaciones sobre el motivo de esta actitud no dieron explicaciones, no se justificaron en experiencias negativas con dichos profesionales ni en una tradición o posicionamiento grupal o familiar al respecto sino que lo plantearon como un aspecto idiosincrásico, atinente a su persona, en ocasiones expresado como una cuestión de fe (“mucho no les cree”) o de desconfianza general hacia esa profesión .

*C: y bueno, sólo dios sabe, porque **ellos dicen una cosa y nunca es verdad***

Antropóloga: quién?

C: los médicos (mujer, 56 años).

Cuando se refieren al doctor que los atendió por un malestar particular lo hacen siempre recordando su apellido y su especialización, ya sea tratándose del médico de zona, de Belén o de la ciudad de Catamarca. Al expresarse de manera positiva sobre algún médico, entrelazan con las valoraciones sobre su labor profesional comentarios sobre el trato personal que mantienen con él, con frecuencia se refieren a éste como un buen conocido, sea por una asiduidad de las consultas o por compartir con él fiestas o eventos comunitarios. El carácter y la simpatía se destaca a la par que el interés que muestra por el paciente, “churo” y “buenito” son los adjetivos positivos frecuentemente empleados, el primero aludiendo a su dedicación profesional (“poner afición”), el segundo, a un carácter afable; como contraparte, “respingón”, “raro”, “rebelde”, “rezongón” subrayan también la importancia que tiene el temperamento del médico en su trato personal con el paciente a la hora de pronunciar una valoración sobre el profesional.

R: con nosotros siempre era muy bueno, siempre le gustaba hacernos broma [...] era bueno con nosotros [...] era muy churo (mujer, 65 años).

*P: sí, porque antes estaba el doctor S, pero **ese doctor era rebueno***

Antropóloga: y éste?

*P: y éste **por ahí es medio rebelde**, por ahí uno va y hay veces que lo atiende pero hay veces que dice “no, ya atendí demasiado”, ya no lo atiende, a mí me lo ha hecho dos veces así, yo lo llevaba a él [señala su hijo de 4 años]*

Antropóloga: y por qué lo llevaste?

*P: bueno un día lo he llevado, la primera vez lo he llevado porque estaba medio resfriadito tenía una tos y lo he llevado y bueno, **ya había atendido a otros adelante y cuando ha ido me dice “siempre las mismas caras!”**, pero yo era primera vez que he ido, le digo “ doctor yo vengo por primera vez, yo no he venido nunca a visitarlo”, **“siempre las mismas caras!” dice “recién he visto a una señora con todos resfriados, la familia!”... no me ha dicho más nada** [...] y bueno, después he ido también y ya nos ha dicho que ha atendido los 17 que tenía que atender y no ha atendido más pacientes*

Antropóloga: y cada cuánto viene?

*P: bueno, viene cada 15 días, cada 20 días, **cuando se acuerda**, si no tiene, como decir, fijos los días para venir, **así que no, no he ido más yo***

Antropóloga: y qué hacés si tenés algún problema?

*P: bueno, que gracias a dios no se nos enferma así de cosas graves, vea así una simple tosita, una cosita así, pero de una enfermedad más grande así no [...] por ejemplo de alguna fiebre, así esas cosas, tienen mucha fiebre y se empiezan a desmayar así, no nunca, así como lo ve ahora, tose, pero **a veces un poco que se los puede aguantar, no hay necesidad a veces de llevarlos al médico y a veces con un tesito, con alguna friccioncita se compone** (mujer, 43 años).*

La importancia de contar con la buena voluntad del médico para acceder a sus servicios se evidencia también cuando mencionan que callan u ocultan el haber realizado consultas con otros curadores, sobre todo si se trata de la medicina popular, como una estrategia para evitar el enojo que podría llevar al profesional a negarse a dar la consulta.

C: a veces que los médicos no les hallan, se van a ella [curandera] y ella los cura, tantos males que hay, a veces no son males para los médicos, ya los cura ella

Antropóloga: y después le cuentan al médico o no le dicen nada?

C: no!, no decimos nada!

Antropóloga: por qué, se enoja?

C: claro!

Antropóloga: puede ser que a algunos no les moleste?

*C: **pero a algunos sí!**, no! no decimos nada, cuando ellos preguntan si hacemos cosas ya le decimos pero no, y claro, porque si no, **no nos van a querer curar más** (mujer, 62 años).*

*R: **a los doctores no les digo porque se van a enojar** [...] acá una señora que le dijo al doctor y él le dijo “**entonces vaya y siga haciéndose atender con L” pero enojado, molesto** (mujer, 24 años).*

Sobre la eficacia de las terapéuticas tradicionales³

Cuando se refieren a las terapéuticas de curanderos describen, además de los remedios recetados (hierbas y medicamentos), las acciones de cura llevadas a cabo en la instancia de consulta y los elementos empleados en las mismas a los cuales se les atribuye parte de la

³ Considero aquí lo “tradicional” como “fuerza configurativa, como medio de incorporación práctica de nuevos elementos que conecta relaciones históricas con el presente actuante” (Módena, 1990: 136), rechazando una visión de la medicina tradicional como una totalidad entera y conservada.

eficacia: la acción de sobar o palpar, gestos de extracción del aire con las manos, la señal de la cruz, maniobras con una cinta, toques con un algodón con alcohol o con una barra de azufre o alcanfor, aplicaciones de huevo, tinta, sahúmo con yareta, yerba, azúcar, lana, entre otros. Pero señalan que el componente esencial de estas prácticas de cura son los “secretos”, “las palabras” que el curandero “hace”, rezos inaudibles de pertenencia exclusiva de cada curandero, que le otorgan un valor de eficacia a su accionar diferenciándolo de curas similares que algunos sujetos realizan en el ámbito doméstico.

Se destaca el carácter religioso (católico) de varios elementos, de importante presencia en la medicina tradicional del NOA y Cuyo: el uso de la señal de la cruz, la repetición de la cura tres veces, los rezos e invocaciones a santos, el sahúmo, que invocan el poder de las figuras cristianas y refuerzan la acción terapéutica, aún cuando los individuos ignoren el completo simbolismo de muchas de estas prácticas (Idoyaga Molina, 2001). Así, por ejemplo, la eficacia del sahumado (que “se origina en las prácticas purificadoras y terapéuticas del catolicismo, en las que el incienso era un elemento primordial”, Idoyaga Molina, 2001: 32) se atribuye aquí a los elementos que se queman, considerados en sí curativos, sin mención de la tradición religiosa.

*T: cura, cura! Puede ser que el humo tiene algo y por eso cura, **tiene que ser yuyos, y algunos yuyos, por ejemplo el romero, la yareta, la lana negra** (mujer, 72 años).*

Aunque el cese del malestar es lo que define en última instancia la eficacia de la atención del curandero, el primer síntoma que identifican como prueba del éxito terapéutico es el restablecimiento del sueño tranquilo. El verbo “curar” es utilizado tanto para expresar la acción terapéutica como el resultado, es decir, cuando los entrevistados dicen que un curandero “lo ha curado” están refiriendo a su desempeño, cuya eficacia es inmanente o consustancial.

*J: hay una señora, que ella, sabe, **cómo cura!**”, dice, “los derrames esos”, “sí?”, “sí”, me dice, “vaya”. Usted sabe que **he ido la primera tarde y me ha curado**, no sé, ella **me ha puesto una cremita**, pero no sé qué cremita era, y bueno, y **el secreto de ella, y ya he sentido como que me ha largado eso, porque me sentía así tirante y se me ha empezado a largar, largar y fui 6 días y me dejó la cara bien** [...] es una cosa que, el hombre a usted, cuando está muy, muy airada, o muy asustada, **usted se duerme**, después que él se va usted se duerme, se duerme, se duerme, y cuando usted se duerme es como que mejor le hace la cura, como que siente que ha estado muy mal, no? Y la ha aliviado, y él al otro día cuando vuelve le pregunta **si ha dormido o no, “sí, he descansado”, “entonces le ha hecho efecto la cura”** (mujer, 40 años).*

F: el aire, y esa muela se cura, sana, ni sabe cuando se le cae la muela, sin dolor [si “es por aire” con tres curas alcanza, si el dolor persiste se trata de “infección” y se debe ir al médico] (curandero, 84 años).

La eliminación del síntoma es la prueba de sanación (aunque la muela se pierda), cuando el malestar persiste se explica por el avance y agravamiento del malestar que hace necesario repetir las curas (y en algunos casos recurrir a la biomedicina), o por un error del diagnóstico (se trataría de un malestar “para médicos”) pero la terapéutica en sí no se cuestiona.

F: cuando está nuevo el mal con una sola curación ya se fue [...] tranquilo va, pero si se deja mucho tiempo, no (curandero, 84 años).

F: [...] si es una enfermedad como ser el susto que no está muy avanzado lo curan 3 y si no ya 9 días [...] porque a veces no creímos y eso a veces el niño a veces queda tentadito cualquier cosa tiene que pasarle porque un aire fuerte lo ataca muy fuerte (mujer, 62 años).

N: y ya cuando la han llevado ya estaba muy pasada y el curandero ya no le ha hecho nada (mujer, 69 años).

La prontitud o tardanza con que se recurra a una terapéutica fue mencionada como algo que influye y a veces determina el éxito o fracaso terapéutico. Igualmente para casos de intervención quirúrgica, dado que a ésta se le reconoce eficiencia en situaciones de urgencia y donde se considera que no hay alternativa (de lo contrario, y dado el riesgo iatrogénico que se les atribuye, los individuos las postergan o reemplazan por otros medios).

La eficacia atribuida a la terapéutica de los curanderos frente a enfermedades contra las cuales los recursos biomédicos disponibles se mostraron incompetentes es lo que en parte sustenta la distinción entre “enfermedades para médicos campesinos o curanderos” y “enfermedades para doctores” permitiendo mantener esperanzas de cura a partir de la posibilidad de que se haya errado en el diagnóstico y por ende se esté utilizando un tratamiento equivocado.

JA: ya lo han desahuciado, que no tiene remedio le han dicho los médicos doctores así que van a probar a ver qué le dice el médico campesino (P56, mujer, 67 años).

Fr: pero si el doctor le ha dicho que se venga puede hallar un médico que lo va a sanar, claro, esos males que tiene no son males que dios le ha dado, eso le han hecho un mal [...] eso nunca lo van a curar! [refiriéndose a la atención que el enfermo estaba recibiendo desde la biomedicina] (curandero, 88 años).

P: dicen que hay gente que hacen maldades a veces, por ejemplo, no le gusta esta persona y bueno, le mando a hacer un mal, y bueno, dicen que a veces no son para curar los doctores, los curan los médicos campesinos (mujer, 35 años).

Mientras que tratándose de la atención médica las apreciaciones de su éxito o fracaso son explicadas en parte por la dedicación del profesional para evaluar y diagnosticar al paciente, en el caso de la atención de curanderos se resalta como prueba de sus facultades el realizar el diagnóstico mediante escasos datos sin ver al enfermo (el nombre y número de documento, una foto, una prenda de vestir, el orín). Esta capacidad de diagnosticar a partir de ciertos elementos del enfermo así como la de curar a distancia denota lo que Idoyaga Molina expresó como una “vivencia de la corporalidad” que “incluye no sólo al cuerpo biológico sino también al espíritu, el nombre, la materia fecal, el orín, las vestimentas, los adornos, los tatuajes, los peinados y todos aquellos elementos que se constituyen en códigos y mensajes sociales que develan el estatus, los roles y la identidad de la persona” (Idoyaga Molina, 2001: 68). Siendo el nombre una de las entidades que conforman a la persona, la cura de palabra puede realizarse incluso sobre éste “sin necesidad de que el paciente esté presente, lo que revela la importancia del nombre como entidad constitutiva del sujeto”, entidad “que recibe directamente la energía y el poder restaurador de las palabras” (Idoyaga Molina, 2001: 21, 62). Cabe pensar que este vínculo percibido entre elementos o accesorios del cuerpo y la persona, que permite conocer su estado de salud a partir de indagar en ellos, es el que sustenta también las nociones de “estudios” y “análisis”. Tanto la lectura de los orines como el análisis de sangre se consideran una vía de acceso directa y fidedigna a la información sobre el estado de salud de la persona pero que requiere un saber especializado (y de tecnología moderna, en el caso del diagnóstico por imágenes) capaz de descifrar el diagnóstico a partir de estos elementos.

*O: conocían las enfermedades los curanderitos que había, viejitos curiosos, conocían del orín, qué se yo, **era como si le hacen una ecografía ahora**, ponían el vasito con el orín y lo ponen en un papel blanco y empiezan a mirar “aquí está esto, aquí está esto” (varón, 58 años).*

Cuando la opción por acudir al curandero no es justificada por la especificidad del malestar (“enfermedad para médicos campesinos”) sino por el tipo de tratamiento, la ponderación de las terapéuticas se realiza en términos de eficiencia, es decir, no sólo valorando la obtención de resultados sino también el empleo de los mejores medios posibles. Dada la percepción de potenciales efectos iatrogénicos de medicamentos, inyecciones e intervenciones quirúrgicas, frente a un mismo diagnóstico las respuestas del curandero o de la medicina casera cuentan con mayor aprobación que los recursos biomédicos, ya que de resultar ineficaces no se cuestiona su valor terapéutico (no se les atribuye peligrosidad alguna) sino el diagnóstico.

Evaluaciones y apreciaciones sobre los curanderos: “*es muy buena curanderita*”

Cuando los entrevistados pronunciaron opiniones sobre diversos curadores populares con frecuencia utilizaron términos como “buenito”, “curioso” pero nunca adjetivos negativos como los empleados para los profesionales médicos. En ningún caso fueron referidas actitudes de desinterés, trato adusto o descortés o escasa disposición para la atención por parte de curanderos, nadie mencionó evitar la consulta con alguno de ellos a causa de su mal talante. Las situaciones de ineficacia de la terapéutica o de diagnóstico errado por parte de los curanderos son explicadas por el tipo de malestar (enfermedad “para el médico” o competencia de otro curandero) y no por negligencia o mala predisposición del terapeuta. Como el número y tipo de enfermedades que pueden curar varía de un curador a otro se establecen comparaciones entre los distintos curadores reconociendo las limitaciones de unos frente a otros sin por ello menoscabar su aptitud para curar otros males. Por ejemplo, la cura de malestar de riñones, vesícula, dolores musculares u óseos, “males hechos”, cura a distancia y diagnóstico a través de la “lectura de las aguas” (orines) son capacidades que no todos ostentan, mientras que la cura de aire, susto, ojeadura o empacho al ser más comunes no son un factor de distinción. Otro elemento que es utilizado para resaltar positivamente la labor de un curandero es la coincidencia de su diagnóstico (sin recurrir a estudios o análisis) con el recibido por el biomédico o el conocimiento de la historia clínica del paciente sin que éste se la haya narrado. Es notorio que lo que en la apreciación de la labor del médico es considerado elemento de desconfianza (diagnosticar y prescribir medicamentos sin realizar estudios) en el caso del curandero es considerado factor de mérito.

J: sí, los curanderos hacen lo que pueden pero póngale por ahí de un aire aquí pero bueno, ya mucho como ser, no sé qué puede hacer ante una vesícula, la infección urinaria bueno, con yuyos la corta pero no del todo (mujer, 42 años).

Antropóloga: y van por otras cosas a verla a doña L o sólo por susto?

C: no por todas las enfermedades, si es bien curiosa [...] a veces que los médicos o les hallan se van a ella y ella los cura (mujer, 62 años).

R: yo nunca le decía a ella lo que el doctor me decía, si no que ella me decía, por eso digo yo que ella sabrá [...] [porque le recetaba lo mismo] me hacía los estudios y los hacía ver con el doctor y con ella (mujer, 24 años).

P: [...] yo he dicho **“si me está diciendo lo mismo”**, porque la señora L [curandera], el médico también me dijo que él tenía posibilidades de caminar teniendo la rehabilitación y bueno **doña L. también me decía lo mismo** [...] **pero ella me ha dicho más antes**, ve?, ella me ha dicho más antes, entonces le digo, **“señora L, el doctor me ha dicho lo que usted me ha dicho”** (mujer, 40 años).

También hubo algunos individuos que se mostraron escépticos ante la labor de los curanderos, posicionándose en una actitud de incredulidad que, como se registró en el caso de quienes “no les creen a los médicos”, no fue justificada por experiencias negativas con dichos terapeutas sino afirmada como una cuestión de fe.

E: [hablando de curanderos] dicen que curan de susto pero no les tengo fe a esos médicos porque tiene que tenerles fe para hacerse curar

Antropóloga: y por qué no les tiene fe?

E: porque no les creo [...] **a él le creo**, a don F sí, **cura bien y sana la chica** (mujer, 75 años).

El discurso médico moralizante

Hay además otro aspecto en torno al cual contrastan las opiniones sobre la atención de médicos y curanderos y que es evocado en directa asociación con las apreciaciones personales negativas del profesional biomédico: se trata del discurso moralizante con que los individuos refieren ser culpabilizados o al menos amonestados en ocasión de la consulta médica. Discurso que está ausente en lo que cuentan escuchar del curandero, si bien aquí también aparecen elementos morales, no es el enfermo o quienes lo cuidan los culpabilizados sino un “otro” generalmente no identificado, causante del mal a través de su envidia, o más intencionalmente, por medio de maleficios.

P: **no es muy buena**, bah, **para atender, no es de carácter muy buena**, no porque si uno va, por ejemplo, lleva, para el invierno se resfrían todos y uno los lleva y **dice “qué hacen que se resfrían?! No los cuidás?!”** y los chicos se levantan temprano para ir a la escuela, más vale que se resfrían [...] uno los lleva a control pero si están muy enfermos los atiende y si no, no [...] **ése** [otro médico] **también atendía**, una vez me dijo **por qué los dejo resfriar? Para qué los llevo a todos juntos?** Y al último, le digo, **“atiéndame si quiere, le digo, si no déjeme!”**, “no, me dice, perdóname, vení, vení, te voy a atender” [ríe] y **una vez la había retado a la mamá de ella** [señala a una nena presente] **que andaba con todos los chicos también**, después entro yo, dice **“otra más con la ponchada de hijos!”** [ríe] **“y qué quiere que haga?! Se enferman!”** y yo ya no voy casi al médico, a no ser que estén muy enfermos, sí los llevo,

gripe a veces cuando les agarra mucha fiebre, pero son de los mismo resfríos a veces (mujer, 35 años).

*M: [...] que vuelva en diciembre... que vaya ahora, **me va a correr** [ríe] él me dijo que ya estaba bien del pulmón [...] me ha dicho “vení, yo te voy a dejar sana” y ya ni he vuelto en diciembre cuando, **ahora me van a retar** (P11, mujer, 56 años).*

Como señala Freidson, “si bien la designación de enfermedad parece realmente funcionar para desanimar reacciones punitivas, no desalienta las reacciones condenatorias. Se condena la ‘enfermedad’ más que la persona, pero se condena de todos modos. La persona es tratada con simpatía más que con reprensión, pero se espera que se libere del atributo o de la conducta condenada. De este modo, si bien (idealmente) la persona puede no ser juzgada, su enfermedad ciertamente es juzgada y su enfermedad es parte de él. La neutralidad moral sólo existe cuando a una persona se le permite ser o hacer lo que desea, sin observaciones o discusiones” (Freidson, 1978: 254-255). Las narraciones en torno a padecimientos dan lugar a apreciaciones acerca de la conducta concerniente al cuidado personal e interpersonal y también a la expresión de juicios sobre las relaciones sociales y modos de comportamiento.

Conclusiones

En el caso de las respuestas biomédicas, la eficacia terapéutica es atribuida a los medicamentos (sin explicaciones que ahonden en su accionar) y el fracaso, a sus efectos adversos o a una aplicación errada de los mismos, por lo que el mérito otorgado a los terapeutas reside en su dedicación para arribar al diagnóstico. Dado que el cuestionamiento a la terapéutica biomédica se centra en la posibilidad de que los remedios sean ineficaces y/o contraproducentes por un error en el diagnóstico, el cual a su vez se considera que depende no sólo de la capacidad del médico sino, y en gran medida, de la realización de “estudios” y análisis, se entiende que los sujetos jerarquicen los servicios biomédicos especialmente a partir de sus recursos tecnológicos: posta sanitaria- hospital de Belén- sanatorios privados- centros de atención de la ciudad de Catamarca. La posta sanitaria (en ausencia del médico de zona) es considerada un recurso no mucho más sofisticado que los disponibles en el nivel de la autoatención ya que el diagnóstico realizado allí se basa en y se limita al nivel de las percepciones y construcciones explicativas del paciente y los remedios con los que se cuenta son limitados (muchos de venta libre que también poseen los individuos y circulan en el nivel de la autoatención).

El hecho de que los individuos caractericen y evalúen la atención recibida no sólo a partir de apreciaciones de eficiencias y negligencias sino también refiriendo a aspectos personales o subjetivos del profesional exige pensar estas valoraciones no como simples expresiones de afinidad, capricho y parcialidad. Lo que recalcan a través de estos aspectos idiosincrásicos es la voluntad del terapeuta, a cuya merced se perciben los individuos, para quienes de la predisposición del profesional depende en última instancia el que sean atendidos o no. Si bien se destaca el uso combinado de estos diferentes espacios de atención (la comparación entre los mismos, la contrastación entre distintos terapeutas, que orienta la aceptación o rechazo de los tratamientos y consecuentemente posteriores consultas en pos de una redefinición del diagnóstico o al menos un cambio en la terapéutica prescrita), se advierte que más allá del ejercicio de una evaluación y elección de los terapeutas, el individuo se enfrenta a las constricciones en el acceso a los espacios de salud: no siempre se puede optar por un médico que “caiga bien”, por lo que si los síntomas no se consideran tan alarmantes se opta por prescindir de la consulta cuando el profesional detenta mal talante. De manera que no en pocas ocasiones, lo que eleva el “umbral” de lo considerado grave como para ameritar la consulta, lo que “hace que se retarde la concurrencia a la consulta médica” no es, como sostienen algunos autores, la “lucha por la supervivencia”, la “imposición de conseguir el sustento diario”, el “uso intensivo del cuerpo” que “eclipsa” los síntomas (Kornblit y Mendes Diz, 2000), sino la actitud misma del profesional. El carácter del terapeuta, sus maneras para con los pacientes no atañen meramente al vínculo personal entre ambos sino que repercute en la calidad de la atención inhibiendo en ocasiones la consulta. Es la falta de empatía del profesional lo que en ocasiones inhibe la consulta, o motiva posponerla si el malestar no parece ser tan grave. La empatía no es en sí misma una emoción sino la experiencia de una emoción como resultado de reconocer tal emoción en el otro, es sentir una emoción por causa indirecta (Prinz, 2010). Su presencia en la consulta médica permitiría reconocer que el paciente no acude para ser juzgado o amonestado, para escuchar un discurso moralizante que lo culpabilice, sino que lo hace buscando una explicación y una solución para sus padecimientos. Dicha actitud amonestadora también se evidencia cuando los azampeños mencionaron que callan u ocultan el haber realizado consultas con otros curadores, sobre todo si se trata de la medicina popular, para evitar el enojo que podría llevar al profesional a negarse a dar la consulta. Esto remarca las relaciones de hegemonía/subalternidad entre los diferentes servicios médicos, ya que si bien para los sujetos legos es plausible la articulación de terapéuticas diferentes, no desconocen que éstas son consideradas antagónicas por los

distintos curadores y en una relación hegemonía de la biomedicina respecto a las terapéuticas populares.

En el caso de la medicina tradicional se observó que hay una mayor descripción de las acciones de cura afirmándose una eficacia inherente tanto a los elementos empleados (sean los “secretos” o las hierbas y remedios recetados) como a los trabajos de manipulación sobre el cuerpo del enfermo. No hay una explicación mayor de su eficacia (salvo en el caso de las hierbas y algunos de los elementos utilizados) pero tampoco un cuestionamiento, si el malestar persiste se explica por su estado de avance y agravamiento o porque se trata de un malestar “para médicos”, pero la terapéutica en sí no se desacredita. Aquello que en la apreciación de la labor del médico es considerado elemento de desconfianza (diagnosticar y prescribir medicamentos sin realizar estudios) en el caso del curandero es vista como meritoria la capacidad de diagnosticar sin recursos tecnológicos. Si bien se establecen comparaciones entre los distintos curadores reconociendo las limitaciones de algunos para curar ciertos males, ello no menoscaba su aptitud para curar otras enfermedades.

Dada esta diferencia en las apreciaciones de la eficacia terapéutica y de la capacidad de médicos y curanderos, cabría esperar que la frecuencia con la que se recurra a la biomedicina fuera mucho menor que para la medicina tradicional; sin embargo, además del reconocimiento de enfermedades para las cuales sólo la biomedicina es eficaz, se admite también su eficacia para otros males y la existencia de “buenos doctores”. Podría afirmarse que a la hora de buscar soluciones a eventos de malestar se tiene en cuenta la eficacia de la biomedicina (atribuida a los medicamentos y recursos tecnológicos) pero se la utiliza con una reticencia y suspicacia que no se observan en el uso de la medicina tradicional. En muchas ocasiones cotejan y contrastan las opiniones y acciones de los curadores consultados, advirtiéndose que cuando la comparación incluye discrepancias entre las opiniones de médicos y curanderos, es el primero el desacreditado, nunca el segundo. Algo similar ocurre con el uso de hierbas y medicamentos: si bien ambos elementos son considerados “remedios” y en algunos casos se les atribuye una función específica nombrando el órgano o malestar para el cual se los ingiere, subyace una percepción de potenciales efectos negativos de los medicamentos, mientras que en el caso de los “yuyos” se considera que tienen una eficacia general (un accionar de “amplio espectro”) y que, en caso de no resultar suficientes para la cura de ciertas enfermedades, su ingesta es inocua. ¿Por qué el yuyo tiene poder para curar pero no para dañar en caso de uso inadecuado? A través de las apreciaciones sobre los curanderos y la eficacia de sus terapéuticas, del valor curativo y preventivo de las hierbas, se expresa una valorización positiva de lo local con sus saberes tradicionales frente al accionar

desde la biomedicina, proveniente de un “afuera” ciudadano. Aunque muchos curanderos sean consultados en ciudades, aunque varios de los yuyos que recetan deban comprarse en farmacias de la ciudad porque no crecen en la zona, este recurso no es considerado foráneo cuando destacan la distinción entre un “nosotros” y un “afuera” sino que forma parte de lo considerado tradicional y distintivo de lo local, mientras que las prácticas y recursos biomédicos (a pesar del uso frecuente de los servicios de atención biomédica, la apropiación de términos médicos y la incorporación de algunos de sus elementos en las terapéuticas de curanderos y en el nivel de la autoatención) permanecen en la esfera de lo ajeno, lo que contribuye, junto a experiencias negativas, a una actitud de recelo hacia los mismos.

Bibliografía

- BOLTANSKI, L. (1975). *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires. Ediciones Periferia.
- CSORDAS, T. (1994). *The sacred self: A Cultural Phenomenology of Charismatic Healing*. California: University of California Press.
- FITZPATRICK, R. (1990). “Conceptos comunes de enfermedad”. En *La Enfermedad como Experiencia* (R. Fitzpatrick, J. Hinton, N. Staton, G. Scambler & J. Thompson, org.), México, DF: Fondo de Cultura Económica.
- FREIDSON, E. (1978). *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- IDOYAGA MOLINA, A. (2001). “Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo”. En: *Scripta Ethnologica*, (23): 9-75.
- KORNBLIT A. y A. M. MENDES DIZ, (2000). *La Salud y la Enfermedad: Aspectos biológicos y sociales*. Grupo Editor Aique, 1ra Edición, Capital Federal.
- MENÉNDEZ, E. (2004). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En H. Spinelli (comp.), *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MENÉNDEZ, E. (2005). “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. En: *Revista de Antropología Social*, nº 14: 33-69.
- MÓDENA, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México DF: Ediciones de la casa chata.
- PRINZ, J. J. (2010). “The Moral Emotions”. En *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion*, ed. Peter Goldie, New York: Oxford University Press.
- WALDRAM, J. (2000). “The efficacy of traditional medicine: Current theoretical and methodological issues”. En: *Medical Anthropology Quarterly*. 14(4): 603-625.

